

Sacroilitis infecciosa en niños: un diagnóstico difícil

¹ Dra. Rosa Albañil Ballesteros^{*1} Dra. Cristina Calvo Rey¹ Dra. Ma. Carmen Vázquez Álvarez² Dra. Ma. José Alcázar Villar³ Dra. Rosa Merino Muñoz³ Dra. Julia García-Consuegra¹ Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.² Servicio de Pediatría. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.³ Unidad de Reumatología. Hospital Infantil La Paz, Madrid.

Resumen

La sacroilitis séptica es una infección poco común que a veces se diagnostica tarde por la escasa especificidad de los síntomas y la dificultad para su localización con las maniobras exploratorias. Describimos los hallazgos clínicos, de laboratorio, radiológicos y la evolución de cuatro niños de corta edad atendidos en tres hospitales de Madrid. Esta serie ilustra, además, la utilidad de las pruebas de imagen cuando existe la sospecha diagnóstica de artritis en una articulación poco usual.

Palabras clave: artritis séptica; sacroilitis séptica; dolor lumbar, niños.

Abstract

Pyogenic sacroiliitis is an uncommon infection often diagnosed late because of poor localization of symptoms and a difficult physical examination. We described the clinical, laboratory, imaging features and evolution of four children recruited in three hospitals of Madrid. This series highlights the importance of imaging techniques and the consideration of septic arthritis in an unusual joint.

Keywords: Septic arthritis, pyogenic sacroiliitis, lumbar pain, children.

Introducción

Las infecciones osteoarticulares son una patología relativamente frecuente en la infancia, con una incidencia entre 5 y 12/100.000 niños para la artritis séptica y menos frecuente para la osteomielitis. Sin embargo, la sacroilitis infecciosa es rara en los niños suponiendo entre 1 y 2% de las infecciones osteoarticulares.¹ La sintomatología asociada a

esta patología es poco específica y los datos exploratorios a menudo no son concluyentes. Para llegar al diagnóstico correcto, es imprescindible un alto índice de sospecha que permita orientar las exploraciones complementarias.

Aportamos en este artículo cuatro casos de sacroilitis infecciosa, atendidos en tres hospitales de la comunidad de Madrid en los últimos dos años para contribuir al conocimiento de esta entidad.

*Correspondencia:

Dra. Cristina Calvo Rey

Dirección: C/Viento 5, 5º A. 28760. Tres Cantos. Madrid.

Correo electrónico: ccalvorey@ono.com

Casos clínicos

Los pacientes consultaron entre las 24 y 48 horas del inicio de los síntomas y fueron diagnosticados entre 3 y 10 días del comienzo de la clínica. La edad estaba comprendida entre los 8 meses y los 3 años de edad, y afectó por igual a ambos géneros. En todos los niños que deambulaban se apreció cojera, la cual se consideró como cualquier trastorno en la deambulación para la edad del paciente. El rechazo de la sedestación fue habitual y la exploración física de miembros inferiores sugería dolor con adopción de postura antiálgica, sin signos de osteomielitis y con caderas, rodillas y tobillos libres de inflamación. La **Tabla 1** muestra las características clínicas de los pacientes. Las maniobras exploratorias de movilización y presión sacroiliaca no siempre fueron de ayuda para el diagnóstico. Todos tuvieron o habían tenido fiebre o febrícula, y la velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada resultó ser el dato analítico más frecuente. No siempre se documentó leucocitosis.

La gammagrafía isotópica con fosfonatos Tc-99m fue la prueba diagnóstica clave (**Figura 1**). La radiología convencional y las ecografías no mostraron alteraciones. La resonancia magnética (RM), cuando se realizó, confirmó el diagnóstico y descartó posibles complicaciones. El hemocultivo practicado en todos los casos resultó estéril, salvo

en uno en el que se aisló un *Staphylococcus epidermidis*. La buena evolución tras el tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y cloxacilina o cefuroxima (y en todos ellos con cefuroxima oral) hizo que no fuera necesaria la realización de biopsia o punción aspiración. La recuperación sin secuelas fue la norma.

Figura 1. Gammagrafía ósea con captación positiva patológica en articulación sacroiliaca izquierda.

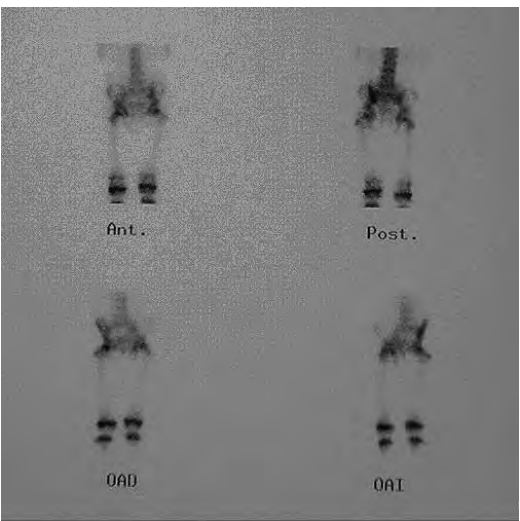


Tabla 1. Características clínicas de los cuatro pacientes con sacroilitis infecciosa.

Caso	1	2	3	4
Edad	10 meses	21 meses	3 años	8 meses
Género	Varón	Mujer	Mujer	Varón
Fiebre*	Sí	Sí	Sí	Sí
Temperatura máxima (°C)	38	37.5	37.9	37.9
Cojera	Sí	Sí	Sí	-
Otros síntomas	Llanto nocturno, rechazo, sedestación	Irritabilidad, dolor de pie	Dolor lumbar, sedestación	Decaimiento, rechazo, sedestación
Leucocitos (x1033/μL)	12	24	5.1	19.8
Neutrófilos (%)	43	75	50	69
VSG mm/h	64	50	49	35 (con tratamiento)
PCR mg/L	22.9	129	5	14
Gammagrafía (Tc-99m)	Sacroilitis izquierda	Sacroilitis derecha	Sacroilitis izquierda	Sacroilitis derecha
RM	NR	NR	NR	Sacroilitis derecha

VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; RM, resonancia magnética; NR, no realizada.
* Fiebre en algún momento de la evolución.

Discusión

La sacroilitis infecciosa es una patología poco frecuente en la infancia y, por ende, poco conocida. Se encuentran publicados solo unos 200 casos en lengua inglesa,² lo que demuestra la rareza de la misma o al menos de su diagnóstico. En los menores de tres años la causa es generalmente infecciosa, al igual que las artritis sépticas de otras localizaciones, mientras que en la infancia tardía y en la adolescencia, la sacroilitis puede ser de carácter inflamatorio, correspondiendo al subtipo artritis relacionada con entesitis de artritis idiopática juvenil.³ No obstante, la etiología infecciosa debe ser contemplada siempre y en cualquier edad.⁴ La sintomatología clínica de esta entidad es poco específica, la fiebre puede no estar presente, el dolor lumbar bajo a menudo se confunde con dolor abdominal o de miembros inferiores, rechazar la sedestación y la bipedestación es un dato clínico que comparte con la espondilodiscitis⁵ y, tanto el rechazo a la bipedestación como el trastorno de la marcha ocurren en artritis sépticas y osteomielitis de los miembros inferiores, con las que es preciso realizar el diagnóstico diferencial.

Respecto a la exploración de las articulaciones sacroiliacas, se realiza mediante dos maniobras bá-

sicas. La maniobra de Fabere (**Figura 2**) permite la distracción de la articulación y consiste en colocar la cadera del lado a explorar en flexión, abducción y rotación externa, apoyando el pie en la rodilla contralateral y estabilizando la pelvis con la mano contraria. La maniobra es positiva cuando aparece dolor en la zona glútea homolateral. La segunda maniobra consiste en colocar al paciente en decúbito lateral realizando presión hacia abajo con ambas manos apoyadas en la cresta iliaca. Las maniobras resultan positivas en 100% de los pacientes afectados por sacroilitis,⁶ aunque son difíciles de interpretar, incluso para pediatras habituados y en los niños pequeños que a menudo están irritables por el dolor y no colaboran. Sin embargo, los niños mayores ayudan a establecer el diagnóstico, siendo en este caso necesario diferenciar la sacroilitis infecciosa de la inflamatoria.

Los datos analíticos compatibles incluyen la elevación de la VSG observada en 85% de las series y, en ocasiones, de la proteína C reactiva (PCR), mientras que solo en 50% de los casos se encuentra leucocitosis.⁶ La radiología en fases iniciales aporta pocos datos, salvo descartar otras patologías y con la ecografía osteoarticular no hay experiencia. La gammagrafía ósea con fosfonatos Tc-99m, aunque poco específica para determinar la etiología, permite localizar la lesión de forma precoz, ya que

Figura 2. Maniobra de Fabere.



refleja la actividad metabólica del hueso y precede a la lesión estructural. La sensibilidad de la gammagrafía oscila entre 70 y 93% y se considera la prueba de elección.⁷ La resonancia magnética es muy específica, aunque no siempre necesaria si la evolución clínica es favorable con el tratamiento.⁸ A diferencia de la gammagrafía, la RM en fases iniciales no siempre es diagnóstica,⁶ pero aporta mayor información en caso de complicaciones y abscesos,^{9,10} a su vez tiene el inconveniente de precisar la sedación del niño. La tomografía computarizada (TC) de similar utilidad a la resonancia, está siendo desplazada por esta última. La etiología más frecuente es *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus* del grupo A; sin embargo, en la gran mayoría de los casos los hemocultivos son negativos (50% según las series) y solo una eventual punción de la articulación puede aumentar dicho rendimiento. Otros gérmenes como *Salmonella* son poco habituales.⁴ A pesar de que algunos autores propugnan la punción sistemática y drenaje de la

articulación,¹¹ parece prudente realizar un tratamiento antibiótico empírico y únicamente en los casos en que la evolución no sea favorable, plantear el abordaje quirúrgico (punción guiada con TC y drenaje) para la resolución de posibles abscesos. En adultos la etiología tuberculosa es frecuente, en niños excepcional, no obstante se recomienda realizar un test de tuberculina a los pacientes.

En resumen, la sacroilitis infecciosa es una patología infrecuente, cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha por parte del clínico. Debe sospecharse en niños con trastorno de la marcha o rechazo del apoyo, sobre todo si la exploración sugiere dolor espalda, han presentado fiebre en algún momento de la evolución y tienen una analítica compatible. La sospecha precoz orienta las pruebas diagnósticas, siendo de especial utilidad por su capacidad localizadora la gammagrafía ósea con Tc-99m. Por último, un manejo terapéutico conservador conduce a la normalización de la práctica totalidad de los pacientes.

Referencias

1. Ford LS, Ellis AM, Allen HW, Campbell DE. Osteomyelitis and pyogenic sacroiliitis: a difficult diagnosis. *J Paediatr Child Health* 2004; 40: 317-9.
2. Attarian DE. Septic sacroiliitis: the overlooked diagnosis. *J South Orthop Assoc* 2001;10: 57-60.
3. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldberg J, and International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31: 390-2.
4. Feldman LS. Salmonella septic sacroiliitis. Case report and review. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25: 187-9.
5. Rubio Gribble B, Calvo Rey C, García-Consuegra J, Ciria Calabria L, Navarro ML, Ramos Amador JT Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62:147-52
6. Grippi M, Zions LE, Ahlman ER, Forrester DM, Patzakis MJ. The early diagnosis of sacroiliac joint infections in children. *J Pediatr Orthop* 2006; 26: 589-93.
7. Wu MS, Chang SS, Lee SH, Lee CC. Pyogenic sacroiliitis: a comparison between pediatric and adult patients. *Rheumatology* 2007; 46: 1684-87.
8. Karmazyn B, Loder RT, Kleiman MB, Buckwalter KA, Sidiqi A, Ying J *et al.* The role of pelvic magnetic resonance in evaluating nonhip sources of infection in children with acute nontraumatic hip pain. *J Pediatr Orthop* 2007; 27: 158-64.
9. Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, Tanase Y, Nishida K, Miyamoto H, *et al.* Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine* 2003; 28: E384-9.
10. Wada A, Takamura K, Fujii T, Yanagida H, Suriyamorn P. Septic sacroiliitis in children. *J Pediatr Orthop* 2008; 28:488-92.
11. Aprin H, Turen C. Pyogenic sacroiliitis in children. *Clin Orthop Relat Res* 1993; 287: 98-106.